

この調査票は見本のため、使用できません。

調査ナンバー

令和元年度

県民健康調査
こころの健康度・生活習慣に関する調査
調査票(一般用)

オンライン用

以下の欄に、必要事項をご記入いただき、当てはまる口に✓をご記入ください。

ご記入日：令和2年 月 日	回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理(続柄)
ふりがな ご氏名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日： <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
保護者署名欄(対象者が未成年者の場合は、本調査に同意の上、保護者の方のご署名をお願いします。) (保護者自署)	(続柄：)
(送付先住所変更)※結果通知書も上記住所にお送りする予定です。変更される場合は下記にご記入ください。	
〒 都・道 府・県	市・区 郡 区・町 村
アパート等名称・部屋番号	
連絡先 ※こころの健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。	
電話番号：() - () 様方)	
携帯番号： - -	

福島県
福島県立医科大学

以下、当てはまる小さい口に✓をご記入ください。

問1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(✓はひとつ)

- 1 きわめて良好 2 良好 3 普通 4 悪い 5 きわめて悪い

問2. 身長と体重についてお尋ねします。

1) あなたの現在の身長と体重をご記入ください。

身長 cm 体重 kg

2) 1年前と比べて体重に変化はありましたか。(✓はひとつ)

- 1 3kg以上増えた 2 ほぼ変わらない(±3kg以内) 3 3kg以上減った

問3. 今まで、次のような病気にかかっていると医師に診断されたことがありますか。(✓はひとつ)

1) 高血圧(または、血圧が高い)

- 1 ない 2 ある → 現在通院していますか。 1 はい 2 いいえ

2) 糖尿病(または、血糖が高い)

- 1 ない 2 ある → 現在通院していますか。 1 はい 2 いいえ

3) 脂質異常症(LDLコレステロールや中性脂肪が高い。または、HDLコレステロールが低い。)

- 1 ない 2 ある → 現在通院していますか。 1 はい 2 いいえ

4) 精神疾患(医師の診断によるもの(例:うつ病、睡眠障害、パニック障害、統合失調症など))

- 1 ない 2 ある → 現在通院していますか。
1 通院している
2 現在は改善しているため、通院はしていない
3 通院はしていない

5) がん(白血病やリンパ腫を含む)

- 1 ない 2 ある → どの「がん」ですか。(すべてお答えください)
()、()、()

6) 脳卒中

- 1 ない 2 ある → 脳卒中の種類は何ですか。(複数回答可)
1 脳こうそく(脳塞栓、脳血栓)
2 脳出血 3 くも膜下出血
4 その他() 5 わからない

脳の血管が
つまっておこる
病気です

7) 心臓病

1 ない 2 ある

心臓の血管が
つまっておこる
病気です

心臓病の種類は何ですか。(複数回答可)

- 1 心筋梗塞しんきんこうそく 2 狭心症きょうしんしょう 3 不整脈
4 その他 () 5 わからない

8) 甲状腺疾患

1 ない 2 ある

甲状腺疾患の種類は何ですか。

- 1 甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)
2 甲状腺機能低下症
3 その他 ()

問4. 睡眠についてお尋ねします。

1) この1か月間の睡眠時間(昼寝を含む)は、1日平均どれくらいですか。

およそ 時間 分くらい

2) この1か月間(睡眠の長さに関わらず)睡眠の質に満足していますか。(✓はひとつ)

1 満足している 2 少し不満 3 かなり不満 4 非常に不満か、全く眠れなかった

3) 以下の経験が少なくとも週3回以上ありましたか。(✓はどちらかひとつ)

		ある	ない
1	夜、床に入ってから寝つくまでの時間がかかる	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2	夜間、睡眠途中で目が覚める	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3	希望する起床時刻より早く目覚め、それ以上眠れない	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4	総睡眠時間が不足する	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5	日中の気分がめいる	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6	日中の身体的および精神的な活動が低下する	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7	日中の眠気	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

問5. あなたは普段、運動をしていますか。(✓はひとつ)

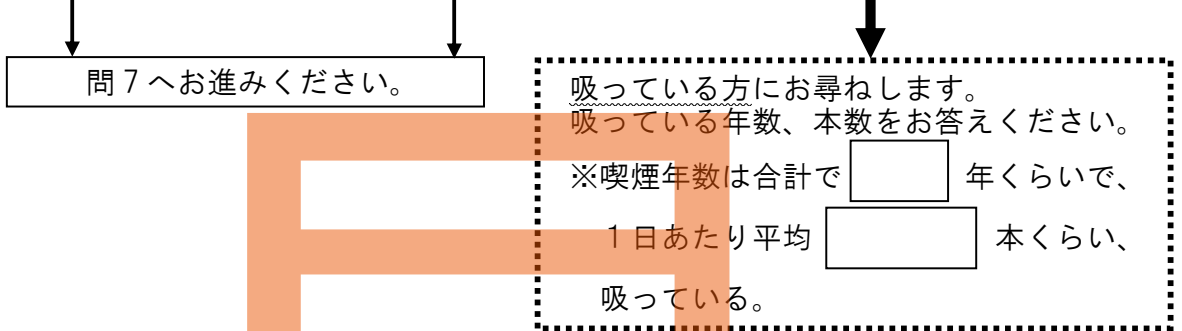
1 ほとんど毎日している 2 週に2~4回している

3 週1回程度している 4 ほとんどしていない

※ 次の問6～7は、成人の方のみお答えください。
未成年の方は問8にお進みください。

問6. タバコ（紙巻きタバコ）を吸いますか。葉巻やパイプは除きます。（✓はひとつ）

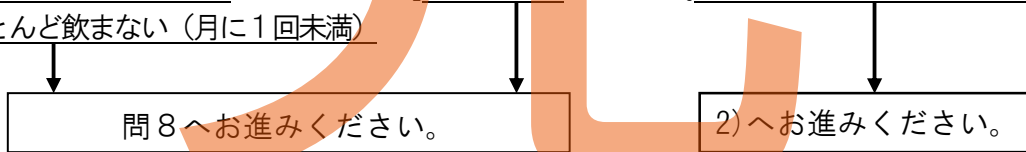
- 1 吸ったことがない 2 やめた 3 吸っている



問7. お酒についてお尋ねします。

1) 現在、お酒（アルコール飲料）を飲んでいますか。（✓はひとつ）

- 1 飲まない、または、
ほとんど飲まない（月に1回未満） 2 やめた 3 飲む（月に1回以上）



2) お酒を飲む頻度についてお答えください。週に 日程度

3) 飲酒日の1日あたりの飲酒量についてお答えください。

日本酒に換算※して、

1日あたり 合程度

〔記入例：1合半の場合 合程度〕

※参考 日本酒1合換算表

ビール・発泡酒	中瓶1本	約 500ml
チューハイ5度	ロング缶1本	500ml
焼酎25度	コップ1杯	100ml
ウィスキー	シングル2杯	60ml
ワイン	グラス2杯	240ml

4) 過去30日間を振り返って、次のことについてお尋ねします。（✓はどちらかひとつ）

		いいえ	はい
1	飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2	他人があなたの飲酒を批難するので気にさわったことがありますか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3	自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4	神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

問 8. この2週間で、食欲がないことがどのくらいの頻度でありましたか。
(✓はひとつ)

- 1 0日 2 数日 3 半分以上 4 ほとんど毎日

問 9. 最近1か月間の食事について、当てはまる口に✓をご記入ください。(✓はひとつ)

- 1) 人と比較して食べる速度が速いほうですか…………… 1 速い 2 ふつう 3 遅い
- 2) 朝食を抜くことがよくありますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 3) 間食または夜食をほぼ毎日とりますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 4) 就寝前の2時間以内に夕食を週3回以上とりますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 5) 魚介類を食べる日は、週に3日以上ですか…………… 1 はい 2 いいえ
- 6) 漬物以外の野菜・海草・きのこ類をほぼ毎食食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 7) 果物をほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 8) 大豆製品(豆腐・油揚げ・納豆・煮豆など)をほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 9) 乳製品(牛乳・ヨーグルトなど)をほぼ毎日とりますか…………… 1 はい 2 いいえ
- 10) 惣菜や弁当など調理された食品(インスタント食品も含む)を、
ほぼ毎日食べますか…………… 1 はい 2 いいえ

問 10. 過去30日の間に、どれくらいの頻度で次のことがありましたか。
当てはまる数字を○で囲んでください。

		全く ない	少し だけ	とき どき	たい てい	いつも
1	神経過敏に感じましたか。	0	1	2	3	4
2	絶望的だと感じましたか。	0	1	2	3	4
3	そわそわ、落ち着かなく感じましたか。	0	1	2	3	4
4	気分が沈み込んで、何が起ころっても気が晴れないように感じましたか。	0	1	2	3	4
5	何をするのも骨折りだと感じましたか。	0	1	2	3	4
6	自分は価値のない人間だと感じましたか。	0	1	2	3	4
7	こうした不調が原因で、日常生活に支障をきたすことがありましたか。	0	1	2	3	4

問 12. 東日本大震災の体験についてお尋ねします。

1) 東日本大震災で、あなたが経験した当てはまるものすべての□に✓をご記入ください。

地震 津波 原子力発電所事故

いずれもなし

2)へお進みください。

問 13 へお進みください。

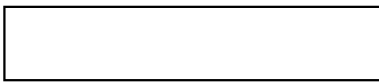
2) 1)でご回答いただいた、震災の体験についてお尋ねします。

以下の質問は、人々が人生におけるストレスの多い経験（以下「ストレス体験」という。）をした際、その経験に対して時々起こる問題や訴えのリストです。各項目をよく読んで、この1か月の間、その問題にどのぐらい悩まされていたかについて、当てはまる数字を○で囲んでください。

		全くなかった	少しあった	中程度であった	かなりあった	非常にあった
1	そのストレス体験の、心をかき乱すような記憶、考え、イメージ（光景など）を繰り返し思い出す。	1	2	3	4	5
2	何かのきっかけでそのストレス体験を思い出したとき、身体が反応する。（例：心臓がドキドキバクバクする、息苦しくなる、汗ばむ）	1	2	3	4	5
3	そのストレス体験を思い出させられるため、特定の活動や状況を避ける。	1	2	3	4	5
4	物事に集中できない。	1	2	3	4	5

※ご自身の体調や心配ごと、調査へのご意見等がございましたら以下にお書き
ください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。
ご回答、ありがとうございました。



見本

〔お問い合わせ先〕



ふくしまから
はじめよう。

「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤル
福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
電話番号 024-549-5170
(9:00~17:00(12/29~1/3 及び土日祝日を除く。))